OS RELATÓRIOS ADMINISTRATIVOS DO LEPROSÁRIO DE ITANHENGA NO ESPÍRITO SANTO: POSSIBILIDADES DE SE CONHECER O COTIDIANO DE UMA COLÔNIA AGRÍCOLA PARA LEPROSOS

Sebastião Pimentel Franco*
Simone Santos de Almeida Silva**

Resumo

O artigo trata a questão da lepra no Espírito Santo e tem como objeto analisar o cotidiano da Colônia de Itanhenga, uma colônia agrícola construída em 1937 para abrigar leprosos. Além de situar a história da lepra no ES e as ações de combate à doença empreendidas pelas autoridades médico-sanitárias, o artigo busca situar, a partir dos documentos administrativos, as atividades agropecuárias realizadas na Colônia, apontando o trabalho agrícola, como forma de sociabilidades e como possibilidades de acolhimento e de reelaboração de vida pelos internos.

Palavras Chaves: lepra, saúde e doenças, colônia agrícola.

Abstract

The administrative reports from the Itanhenga Leprosarium in Espírito Santo: possibilities to get to know the daily life of an agricultural leper colony

The present article addresses the issue of leprosy in Espírito Santo and aims at analyzing the daily life of the Itanhenga Colony, an agricultural colony built in 1937 to shelter lepers. Besides locating the history of leprosy in Espírito Santo and the actions to fight the disease taken by the medical and sanitary authorities, the article seeks to situate, based on the administrative documents produced by the state's leprosy service, the farming activities carried out in the Colony by the inmates. Thus, agricultural work is revealed as a form of sociability and as a possibility of hosting and of life re-elaborat ion for the inmates.

Keywords: leprosy, health and diseases, agricultural colony.

1. Introdução

Desde a Antiguidade a lepra era uma doença cercada de estigma, onde o doente era considerado impuro. Ao longo da história da humanidade o leproso era apartado do convívio social, sendo relegado ao ostracismo, vivendo à margem da comunidade. Conforme Foucault, o leproso compunha uma legião de desumanos, era uma *"figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado"*.[1]

Professor Titular Programa de Pós-graduação em História na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Email: sp.franco@uol.com.br
** Pós-doutorado pelo Programa de Pós-graduação em História na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), como bolsista FAPES /CAPES - Projeto de Fixação de Doutores. Email: si33santos@yahoo.com.br
[1] FOUCAULT Michael. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2007

Na Idade Média, tende a crescer a associação da lepra como algo impuro e vinculado a ideia de uma natureza sexual e hereditária. A Igreja foi a grande colaboradora para o estreitamento da visão correlata entre doença e pecado, o que aumentava a aversão e segregação dos doentes, e alimentava a ideia de doença como punição por um pecado moral. Em sua História da Loucura, Foucault nos mostra um pouco dessa visão da doença que representava uma manifestação de Deus indicado, ao mesmo tempo, sua cólera e bondade, através do ritual da Igreja de Viena que contém a seguinte citação: "*Meu companheiro, apraz ao Senhor que estejas infestado por essa doença, e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo*".[2]

Logo, entre os séculos XIII e XV, no período denominado Baixa Idade Média, toda a sociedade foi tomada pelo medo da doença. A lepra se espalhava entre os continentes e atingia sem exceção os diferentes grupos sociais. A diminuição dos índices da doença somente se efetivou após o século XV e uma das hipóteses explicativas teria sido o fim das Cruzadas, e a melhoria das condições de vida da população. Acredita-se também que a alta letalidade de doenças como a peste, e a fome que abalou a Europa no século XIV, teriam eliminado os leprosos, colaborando para menos casos da doença nos séculos seguintes

Portanto, na Idade Moderna a lepra estava visivelmente em declínio, e no século XIX a lepra foi notada de maneira endêmica em algumas regiões. Todavia no fim do século XIX e início do século XX a lepra ressurgiu, e ao lado de outras doenças como malária e febre amarela, ela também foi considerada um problema sanitário internacional.

No Brasil somente a partir da década 1920, é que a lepra foi adquirindo status de problema social e seu impacto e magnitude passaram a exigir uma posição oficial para seu enfrentamento.[3]

Desde o ano de 1918 a enfermidade estava na pauta do relatório da Diretora Geral de Saúde Pública (DGSP), focado na estruturação de um programa de prevenção do contágio e de medidas de isolamento, que vai se ampliar sobremodo a partir de 1930 no governo Vargas. A partir de então haverá por parte do Estado uma preocupação em identificar os doentes que haviam contraído a doença, e buscar isolá-los dos indivíduos sãos, para tanto, foi implantada uma política de isolamento desses doentes, que passaram a ser confinados nos diversos leprosários que foram criados pelas diversas unidades da Federação.

---

[2] Idem.
[3] NERIS, Cidinalva Silva Câmara. *Estigma e isolamento social:* lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil. Jundiaí: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

Este artigo tem como objetivo discutir e analisar a realidade de um leprosário, estabelecido no Estado do Espírito Santo, a Colônia de Itanhenga, situada em Cariacica. Para tanto, utilizaremos como fonte os relatórios de diretoria com ênfase nos documentos referentes aos anos de 1954, 1955 e 1956. Inicialmente procuramos caracterizar a doença, dando especial destaque a realidade da lepra no Espírito Santo, especialmente a partir da ação do médico Pedro Fontes que veio dirigir à Diretoria de Higiene do Estado do Espírito Santo, no final dos anos 20 do século XX. Em seguida buscamos apresentar um pouco do trabalho agropecuário desenvolvido na Colônia de Itanhenga, pontuando o desempenho das atividades desenvolvidas pelos internos, como um caminho da reelaboração de vida dos internos à realidade que lhes foi imposta.

2. Os saberes sobre a lepra e a ideia do contágio

A lepra, hoje denominada hanseníase, é considerada uma doença endêmica, descrita pelos agentes do Ministério da Saúde como uma doença infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae (M. Leprae).* [4] A doença tem como sintomas alterações na pele como manchas, perda de pelo o local e ausência de transpiração na região. Também ocasiona perda da sensibilidade de partes do corpo como pés e mãos, pois afeta os nervos periféricos podendo causar dormência, perda de tônus muscular e retrações dos dedos, com desenvolvimento de incapacidades físicas. Nas fases agudas, podem aparecer caroços e/ou inchaços nas partes mais frias do corpo, como orelhas, mãos, cotovelos e pés.

Podemos classificar a doença em hanseníase paucibacilar, ou multibacilar. A primeira quando se detecta pouco ou nenhum bacilo nos exames, e a segunda, a multibacilar, quando se percebe a presença de variados bacilos. A forma multibacilar não tratada possui maior potencial de transmissão. Segundo nos informa a Sociedade Brasileira de Dermatologia;

> A suspeição da hanseníase é feita pela equipe de saúde e pelo próprio paciente. O diagnóstico é feito pelo médico e envolve a avaliação clínica dermatoneurológica do paciente, por meio de testes de sensibilidade, palpação de nervos, avaliação da força motora etc. Se necessário, será feita a baciloscopia, que corresponde à coleta da

[4] BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. *Hanseníase.* Brasília, DF. Disponível em: http:// http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase. Acessado em: 18 dez. 2017.

> serosidade cutânea, colhida em orelhas, cotovelos e da lesão de pele, e ainda pode ser realizada biópsia da lesão ou de uma área suspeita.[5]

Ainda segundo a SBD,

> A transmissão do *M. leprae* se dá por meio de convivência muito próxima e prolongada com o doente da forma transmissora, chamada multibacilar, que não se encontra em tratamento, por contato com gotículas de saliva ou secreções do nariz. Tocar a pele do paciente não transmite a hanseníase. Cerca de 90% da população têm defesa contra a doença. O período de incubação (tempo entre a aquisição a doença e da manifestação dos sintomas) varia de seis meses a cinco anos. A maneira como ela se manifesta varia de acordo com a genética de cada pessoa.[6]

Segundo informações oferecidas pelo ministério da Saúde, a hanseníase é uma enfermidade que pode acometer pessoas de ambos os sexos, qualquer idade em áreas endêmicas, no entanto o próprio órgão informa que a doença tem baixo potencial de adoecimento, ainda que seja uma doença infectocontagiosa. [7]

No entanto, se hoje a Sociedade Brasileira de Dermatologia e o Ministério da Saúde afirmam que quase toda a população apresenta defesas no organismo contra o bacilo, afirmando a baixa contagiosidade da moléstia, nem sempre a doença foi vista assim.

Conforme destacado no início deste texto, a doença por longa data foi considerada uma doença grave, contagiosa e cercada por estigma. O doente de lepra sempre foi visto com reservas na sociedade, temidos, não tinham outro destino além do isolamento social. Os estudos historiográficos apontam que a lepra teria origem no Oriente, de onde teria se espalhado através de navegadores, como os fenícios, em direção ao Ocidente.[8]

No Levítico, considerado um dos primeiros livros que compõe a Bíblia, a lepra era apresentada como um mal que ameaçava o bem-estar e a convivência social. O portador da enfermidade, segundo as recomendações do Levítico, deveria ser afastado do convívio com os outros, era impuro, tinha o corpo degenerado, em decomposição e definhamento. Essa visão despertou, por longa data, sentimentos conflitantes de piedade, medo e desconfiança nas pessoas, modelando a forma como indivíduos "sadios" percebiam e se relacionavam com os

[5] SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/dermatologia/pele/doencas-e-problemas/hanseniase/9/>
[6] Idem.
[7] BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde de A a Z. *Hanseníase.* Brasília, DF. Disponível em: http:// http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase. Acessado em: 18 dez. 2017.
[8] MACIEL, Laurinda R. *"Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil"* (1941-1962). 2007. 380 f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro. 2007. p.29

doentes. O estigma foi uma marca que se estendeu por muitos séculos tanto no Ocidente quanto no Oriente, dificultando o convívio dos infortunados doentes.

Além da visão estigmatizante, o doente de lepra tinha sua imagem vinculada a visão pecaminosa, o leproso era o portador de uma enfermidade considerada como uma punição por um pecado moral como vimos anteriormente. O doente de lepra era a encarnação do mal, uma ameaça à sociedade, e por isto, motivo de segregação.

Foi a partir do século XIX que a lepra se tornou objeto dos estudos médicos. Na Noruega, especificamente na cidade de Bergen, foi fundado em 1849 um hospital com uma terapêutica adequada para a enfermidade, com leitos prontos para receber doentes com a moléstia. O hospital, denominado Hospital Lingegaard, rapidamente se tornou referência de pesquisa etiológicas da lepra.[9] Não muito tempo depois, em 1872, um destacado médico norueguês Armauer Hansen (1841-1912) divulgou seus estudos que revelavam o agente causador da lepra; o *Mycobacterium leprae,* conhecido também por bacilo da Hansen. Em artigo apresentado à Associação Médica Norueguesa defendeu que a doença era infecciosa e crônica.[10] Foi a partir dos trabalhos de Hansen que se consagrou entre os médicos a ideia de que a única maneira de evitar a propagação da doença seria por meio de notificação obrigatória, vigilância e isolamento compulsório dos leprosos.

A história da lepra foi atrelada a partir destes estudos médicos ao discurso microbiano e à questão do contágio. Foram redigidas diversas publicações científicas sobre a doença e diferentes associações médicas estudavam a enfermidade.[11] A questão do contágio tornou-se importante no início do século XX, período marcado pela expansão imperialista e pela divisão do mundo em áreas de interesses políticos e econômicos. Doenças como a lepra, a febre amarela e a malária tornaram-se mais evidentes, motivo de preocupação das autoridades políticas e médicas e assunto cada vez mais presente no cotidiano dos populares.

3. A lepra no Brasil

No cenário nacional, a partir da segunda metade do século XIX é que se perceberam as ações em prol da compreensão da lepra e da inclusão da doença na pauta das políticas

[9] OBREGÓN TORRES D. 2002, IRGENS, 1973. In: CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil* (1894-1934). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.34

[10] Ibidem p. 43

[11] BENCHIMOL, JL., and SÁ, MR., orgs. Adolpho Lutz: Hanseníase = Leprosy [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 660 p. Adolpho Lutz Obra Completa, vol. 1, book 2. ISBN 85-7541-039-3. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso: 05 de jan, 2018. p.30

sanitárias.[12] A segregação dos doentes vinha sendo defendida em conferências internacionais desde 1897, por conta da questão do contágio e pelo fato de não ter uma terapêutica específica.

A opção pelo isolamento compulsório, conforme ocorrido em diversos outros países, inclusive na Noruega de Hansen, foi por aqui, igualmente adotada, sendo que as ações de internamento compulsório, empreendidas pelos agentes de combate a lepra estavam fortemente amparadas pelas concepções vigentes no meio social.

Diego Armus argumentando sobre a abordagens historiográfica em torno da história da saúde e das doenças com viés sociocultural, destaca que a dimensão biomédica liga-se as subjetividades e que portanto pode ser analisada junto a questões como, as subjetividades dos enfermos, o papel do Estado no controle de constantes epidemias, o controle médico-social, enfim, junto a objetos que ficaram à margem da história tradicional da medicina.[13]

Seguindo nessa linha, neste artigo consideramos importante perceber a maneira como agiu o Estado no controle desta enfermidade, situando as metáforas associadas à ela, a disciplina imposta aos enfermos e à forma como se modulou o controle médico-social, influenciando um discurso que buscava proteger a civilização e a nação. A consciência da transmissão da doença e a difusão de seus efeitos permitiu aos médicos estruturar medidas de higiene e saúde pública que se abriu para uma rede vasta de ações sociais, empreendida com o apoio de setores públicos e privados. Aos olhos dos agentes da saúde pública, era preciso que todos atuassem em nome do bem comum, com mudanças de hábitos e práticas sociais.

Os médicos desaprovavam comportamentos, como o consumo de álcool e destacavam a importância de uma reformulação moral, condenado a vida desregrada, mantendo uma retórica disciplinadora, não apenas para os casos de lepra, como também para as enfermidades como a malária, ancilostomíase, tuberculose, febre amarela e doenças psíquicas.[14]

No caso da lepra é possível verificar, nas primeiras décadas do século XX, a presença crescente do discurso médico higienista sobre a sociedade. Desde o ano de 1918 a lepra estava na pauta do relatório da Diretora Geral de Saúde Pública (DGSP), que concentrava esforços para impor um programa de prevenção do contágio e de medidas de isolamento. Foi montado um aparato de medidas que visavam aplicar uma política de controle da doença, e formulados

[12] CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil* (1894-1934). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.13

[13] ARMUS, Diego; HOCHMAN, Gilberto. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. p. 13-5.

[14] Sobre as políticas sanitárias no Brasil, consultar: G. Hochman. *A Era do Saneamento: as bases políticas da saúde pública no Brasil.* São Paulo: HUCITEC, 1998.

regulamentos sanitários que incidiram fortemente sobre a profilaxia da lepra no Brasil.[15] Também foram elaborados censos para levantamentos estatísticos da doença (cujos resultados apontaram a alta incidência da moléstia no território nacional), e instituídas secretarias especializadas como a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, responsável pelas ações e campanhas de combate à doença no Brasil.

Ao longo das décadas de 20 e 30 do século XX, a preocupação era cada vez maior com o trânsito dos doentes de lepra entre os estados e a concentração dos doentes na capital federal. A migração de doentes e a entrada numerosa de leprosos no Rio de Janeiro foram temas importantes nos debates dos órgãos de saúde pública neste período.

A política de reclusão dos leprosos foi determinada pelo governo federal, e aplicada também pelos governos de outros estados ao lado da classe médica com fim de afastar os contaminados dos centros urbanos que se encontravam em processo de modernização. Segundo Hochman, discutia-se muito sobre a possibilidade de criação de um grande leprosário nacional, para centralizar os doentes de lepra num só local, e sobre a possível criação de diferentes hospitais de isolamento pelo país.[16] A partir dos anos 30 do século XX, durante o governo de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública, extinguindo-se o serviço de saneamento rural e desmobilizando a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Conforme destaca Carvalho, a política de profilaxia da lepra passou a ser realizada de maneira uniforme no Brasil, facilitando a expansão das medidas em todo o território.[17] Neste contexto a terapêutica da lepra seguiu dando ênfase ao isolamento, reforçando o número de leprosários por todo o Brasil. Em 1933, foi realizado no Distrito Federal, a Primeira Conferência Nacional de Lepra conhecida como conferência para a uniformização da campanha contra a lepra, que entre outras medidas destacava o isolamento como medida importante no combate à doença. Tinha início as primeiras ações rumo a política de isolamento compulsório no país.[18]

Dois anos depois, durante a gestão de Gustavo Capanema como ministro da educação e saúde, foi estruturado um plano nacional de combate a lepra, que tinha entre suas metas a construção de leprosários, pela União, em números suficientes, seguindo o tipo "asilo-colônia". Segundo as diretrizes do plano nacional, os estados assumiriam responsabilidades quanto as providencias de terrenos para a construção dos leprosários e a manutenção de

[15] CABRAL, 2013, p.1-18.
[16] HOCHMAN, G. 1998. p.153
[17] CARVALHO, Keila A. *Colônia Santa Izabel: a lepra e o isolamento em Minas Gerais* (1920-1960). 2012. 245 f. Tese (Doutorado em História) Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012. p.82
[18] Idem.

metade das despesas decorrentes. Os estados deveriam ainda, adotar a legislação federal sobre a profilaxia da lepra e submeter-se tecnicamente ao serviço federal.[19]

Portanto, Getúlio Vargas e Gustavo Capanema atuaram com firmeza diante das ações de combate à lepra no Brasil sendo as medidas adotadas por eles fundamentais para a consolidação das práticas de isolamento no país. Conforme destaca Luciano Curi, das 40 instituições de isolamento para leprosos erguidas no Brasil, 32 foram inauguradas durante o governo de Getúlio Vagas, sendo que a predominância das construções se deram entre as décadas de 1930 e 1940.[20]

4. A lepra Espírito Santo

No Espírito Santo, ao longo do século XIX, a lepra não ocupou lugar central, por um bom período, "*a lepra foi ignorada*", conforme as palavras do médico Souza-Araujo.[21] Nas primeiras décadas do século XX, no contexto do movimento sanitarista, aumentaram as demandas sobre o governo acerca das medidas em torno da saúde pública apontando a necessidade da criação de inúmeras agências voltadas para aplicação das políticas de saúde pública e de saneamento. No Espírito Santo foram empreendidas medidas como a criação, em 1922, do Serviço de Profilaxia Rural, no Espírito Santo, tendo como parte integrante a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas.[22] Em 1926 chegou ao fim o Serviço de Profilaxia Rural, mas permaneceu a Inspetoria, sendo esta, ligada a partir de então, à Diretoria de Higiene do Estado do Espírito Santo. Para chefiar essa Diretoria foi convidado, o doutor Pedro Fontes, transferido do Distrito Federal.

Pedro Fontes formou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1903. O médico foi para Vitória, em 1927, após saída do Serviço de Saneamento Rural do Distrito Federal,

[19] CABRAL, 2013, p. 306.
[20] CURI, Luciano Marcos. **"***Defender os sãos e consolar os lázaros": lepra e isolamento no Brasil 1935/1976.* 2002. 231f. Dissertação (Mestrado em História) -Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG. Disponível em <http://www.fiocruz.br/historiadahanseniase/media/DissertacaoCuri.pdf>. Acesso em: 31 mai. 2018. p. 254-58.
[21] O médico Heraclides César de Souza-Araujo foi chefe do Instituto Oswaldo Cruz. Entre outras funções, Souza-Araujo foi também professor de leprologia na Universidade do Rio de Janeiro, chefe do Centro Internacional de Leprologia; editor das Memórias do Instituto Oswaldo Cruz; membro da Academia Nacional de Medicina. Realizou exaustivo inventário dos estudos sobre lepra, *História da Lepra no Brasil*, transcrevendo para sua obra, as fontes pesquisadas. SOUSA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia: a "Colônia de Itanhenga" Leprosário modelo. *Memorias do Instituo Oswaldo Cruz*, v. 32, n. 4, p. 551-605, 1937.
[22] Adiante retornaremos ao tema do funcionamento da Inspetoria de Profilaxia da Lepra.

assumindo a direção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas no Espírito Santo.[23]

Na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas o médico promoveu mudanças em relação à situação geral da lepra no estado, pois seguindo as medidas nacionais de combate à doença promoveu a contagem e registro dos doentes. Pedro Fontes, organizou um levantamento estatístico dos pacientes de lepra e de possíveis casos previstos na capital do estado e municípios vizinhos. Ao longo de uma década, os relatórios médicos indicavam um número de doentes três vezes maior do que os dados antes apresentados. Conforme relatório apresentado pelo médico em 1928 bastou percorrer algumas regiões do estado do Espírito Santo, e realizar um inquérito, para verificar que o número de leprosos no estado estava aquém da realidade. [24]

O médico Pedro Fontes, demonstrando preocupação com o controle da disseminação da doença, tratou de defender a construção de um leprosário no estado afinal os números *"encontrados"* legitimavam a necessidade, e urgência do projeto. Em 1928, num ofício ao presidente do Estado, Aristeu Aguiar, o médico destaca a urgência da "*construcção de um leprosário antes que o número de leprosos avulte e o problema fique mais difícil"*[25]

Pedro Fontes estava sintonizado com o novo plano de ação do governo federal que se apoiava na construção de leprosários em regiões diferentes, para abrigar os doentes. Em 1933 o médico enviou uma carta ao interventor federal do estado, capitão João Punaro Bley, reafirmando a urgência e necessidade da construção da Colônia no Espírito Santo. Segundo o médico, cerca de 300 leprosos aguardavam o "isolamento e *tratamento conveniente"*, o que nos sugere que, na visão do médico, tal tratamento somente seria possível através da internação na Colônia. Neste sentido, Pedro Fontes argumenta que a construção do leprosário era urgente, resolveria o problema da profilaxia da lepra, sendo portanto, merecedora de "toda atenção do poder público".[26]

No relatório de 1934, a partir do recenseamento realizado, o médico reafirma que o número de leprosos no Espírito Santo era maior do que se pensava. As ações do médico e suas repetidas reivindicações junto as autoridades governamentais, apontam que Pedro Fontes

---

[23] Pedro Fontes defendeu a tese: "Estudo sucinto de uma das modalidades clínicas da demência precoce: a variedade paranoide" na Faculdade de Medicina da Bahia em 1903. Cf. "Levantamento Nominal dos Formandos de 1812 a 2008 da Faculdade de Medicina da Bahia". Material disponível em: < http://www.cbg.org.br/wp-content/uploads/2012/07/b_formandos_medicina.pdf>. Acesso em 03 de junho de 2018.

[24] Pedro Fontes, apud, SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 556-57.

[25] Ibidem, p. 570.

[26] Pedro Fontes, apud, SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 575-76.

seguia a tendência nacional de combate a lepra, que via o isolamento do leproso, como o método mais eficaz de controle da doença.[27]

Em 1935 a partir do Plano Nacional da Lepra, foi instituído o decreto n° 7.117 que determinava o isolamento de todos os doentes diagnosticados no país. Logo em seguida, verifica-se a criação da Colônia de Itanhenga, no Espírito Santo através do decreto n° 5.967, de 07 de março de 1935.[28] No entanto, foi apenas dois anos depois, em 11 de abril de 1937, que ocorreu na cidade de Cariacica, a instalação da Colônia de Itanhenga, leprosário para onde seriam recolhidos indivíduos com a doença ou suspeitos de tê-la contraído.[29]

As instalações da Colônia de Itanhenga seguiram as plantas de edificação, fornecidas pela Saúde Pública Federal, pelos Serviços de Profilaxia dos Estados de São Paulo e Minas Gerais e pela Seção de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz. Após visitas aos leprosários instalados em outros Estados, ficou definido que o modelo a ser seguido seria o da Colônia de Pirapitingui, de São Paulo, moderno e mais econômico.

A escolha do local a ser erguido o leprosário, foi marcada pela participação do médico Souza-Araújo, segundo registro realizado por Pedro Fontes em relatório de 1933. O médico menciona no seu relatório que o projeto de construção, segundo sugestão de Souza-Araujo, era baseado no modelo do leprosário de Carville, no Estado de Louisiana, nos Estados Unidos.[30] Nesse leprosário, as habitações eram coletivas, e situavam num mesmo espaço, hospital, dispensário e educandário. Seguindo as orientações arquitetônicas de Carville e adotando os modelos de construção de outros leprosários, como o de São Paulo, o leprosário de Itanhenga, estava dividido em três zonas, sadia, intermediária e doente. O objetivo da adoção deste modelo de separação era garantir a integridade das pessoas sadias que prestavam serviços aos doentes na Colônia.[31]

A capacidade da Colônia era de 380 internos, mas chegou a abrigar em 1942, cerca de 450 doentes. Foi construída com 3 áreas distintas: sadia, intermediaria e doente. Além dos

---

27 CARVALHO, 2012, p. 114.
28 SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 579.
29 **CYPRESTE, Dora Martins; VIEIRA, Alda. *Hospital Dr. Pedro Fones, antiga Colônia de Itanhenga: hanseníase: do isolamento compulsório à ressocialização*. Vitoria: SECULT, 2014. p. 30.**
30 No leprosário de Carville, os dormitórios eram coletivos que compunham os chamados pavilhões. Cf. SANTOS, Vicente S. M Entidades filantrópicas & políticas públicas no combate à lepra: ministério Gustavo Capanema (1934-1945). 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2006, p. 95.
31 H. C. Souza-Araujo apresenta uma descrição detalhada das dependências da Colônia de Itanhenga, situando cada área construída, função de cada pavilhão, custos, e etc. Ao final analise refinada conclui que “em resumo, consideramos a Colônia de Itanhenga como leprosário modelo” (cf. SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 599).

pavilhões de internação dos doentes, o leprosário era constituído por clínica, laboratório, refeitório e lavanderia.[32]

As obras da Colônia de Itanhenga foram iniciadas em março de 1934 e custeadas pelo governo do estado e pela União, com parte do apoio também do município.[33] A administração das verbas remetidas para a construção do leprosário ficou a cargo do médico Pedro Fontes, e a obra, segundo Souza-Araujo, foi modelar, pois apresentava os elementos necessários para bem atender *"todas as faces do problema da lepra, dentro da mais rigorosa técnica prophylactica"*.[34]

Em 22 de maio de 1935, data comemorativa no Espírito Santo, foi realizada uma inauguração parcial da Colônia de Itanhenga, num evento que contou com a participação de membros do clero, do governador do Estado João Púnaro Bley, e do ministro da educação Gustavo Capanema. Também estavam presentes autoridades do Espírito Santo, de outras unidades da Federação e do Distrito Federal, entre elas, o Dr. Ernani Agrícola, representando o ministro da Educação e Saúde Pública, e o Dr. Souza-Araújo, representando o Centro Internacional de Leprologia.[35]

Ao longo das comemorações de inauguração da Colônia em 11 de abril de 1937, o governador João Punaro Bley, realizou um discurso de inauguração, e caracterizou a criação da Colônia de Itanhenga, como um ato de "*humanitária finalidade*", um ato que resolveria "*o problema da segregação dos morféticos*".[36]

Em maio de 1937 a Colônia contava com 230 leprosos, e até o final da década de 1930, foram internados cerca de 476 pacientes. Os números apresentados nos indicam que houve um empenho das autoridades no sentido de recolher os pacientes enfermos, reforçando a imagem da Colônia como espaço de recolhimento dos doentes, evitando-se a propagação do mal e salvaguardando a sociedade "sadia". [37]

As políticas de combate a lepra no Brasil, davam ênfase aos asilos-colônias como modelos asilar e terapêutico, retirando os doentes do convívio social, e oferecendo a eles um

[32] CYPRESTE, VIEIRA, 2014, p. 39
[33] A organização desse material ficou a cargo de Pedro Fontes e de Carlos Rosas. Para a execução da obra, foram despendidos os seguintes recursos: 200:000$000 enviados pela União; 25:000$000 correspondentes à venda de 3.000 sacas de café doadas pelo Departamento Nacional de Café; 25:000$000 doados pela Prefeitura de Vitória; e 60:000$000 concedidos pelo governo do Espírito Santo, além do crédito de 105:775$000 para indenização dos terrenos desapropriados e suas benfeitorias. COLONIA de Itanhenga. Diário da Manhã, Vitória, p. 1, 23 mai.1935.
[34] SOUZA-ARAUJO, 1937, p.606
[35] Ibidem, p. 581.
[36] Punaro Bley, apud, SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 583
[37] FRANCO, NOGUEIRA, MARLOW. A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo): edificando a vida em (mais) um leprosário brasileiro. In: Franco, Nascimento, Silveira. Uma História Brasileira das Doenças. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017. p.310.

local fora das áreas urbanas, onde podiam trabalhar, na atividade agrícola, obtendo parte do seu sustento. O local reproduzia a vida social anterior ao internamento, e justificava-se pelo argumento de que isolados os doentes impediam a propagação do mal entre seus parentes, amigos, vizinhos. Enfim as colônias eram um instrumento voltado a sociedade sadia, sobrepondo-se a sua função terapêutica

Neste contexto, após o ano de 1938, seguindo orientações do Congresso Internacional de Lepra, o serviço de lepra do estado promoveu na Colônia de Itanhenga, o investimento da atividade agrícola, e da pecuária, aproveitando a mão de obra dos internos na produção de alimentos que abasteciam o leprosário e as futuras dependências como o educandário e o preventório. Para os dirigentes do serviço de lepra, havia a possibilidade de tornar os leprosários mais autônomos economicamente, sobretudo porque, entre os internos, havia pacientes que apresentavam boas condições de saúde, podendo trabalhar sem dificuldades. Conforme percepção dos administradores, o trabalho nas atividades agrícolas da Colônia, representaria uma forma dos internos obterem seus ganhos e permitiria também um efeito terapêutico para os internos, facilitando o controle e a vigilância *"medico-sanitária dos leprosos clinicamente curados"*.[38]

Conforme o governador Punaro Bley, a instalação dos internos no trabalho agrícola propiciava a eles viver num *"meio idêntico ao de onde provieram"*, o que aumentava as chances de adaptação dos doentes às necessidades do isolamento.[39] O governador conhecia o perfil dos pacientes da Colônia de Itanhenga, eram sua maioria homens, chefes de família, que antes da remoção para o hospital se ocupavam na lavoura, como trabalhadores rurais em fazendas, ou donos de pequenas propriedades, acostumados a labuta no campo, de onde retiravam o sustento familiar. A maioria desses trabalhadores rurais, levados compulsoriamente para o leprosário eram oriundos das regiões interioranas do estado do Espírito Santo, e ao serem recolhidos, deixaram para trás esposas filhos e residências e em alguns casos pequenas propriedades agrícolas.

O cotidiano de trabalho dos internos da Colônia de Itanhenga pode ser percebido a partir dos documentos administrativos elaborados pelo Serviço de Lepra no Espirito Santo, que inclui os relatórios elaborados pelos diretores da Colônia. A partir da análise destes

[38] SOUZA-ARAUJO, 1937, p. 604
[39] Ibidem p. 582.

relatórios é possível verificar a vitalidade das atividades agrícolas e da pecuária, desenvolvidas naquele espaço.[40]

Os relatórios, apresentavam as atividades do leprosário e eram enviados ao Serviço de Lepra do estado do Espírito Santo. Durante nossa pesquisa com estes documentos, realizamos uma análise do período de 1946 a 1956, e verificamos que o envio do relatório era anual, trazendo informações sobre as condições do leprosário, apresentando dados como a quantidade de internos, as condições de saúde dos pacientes, e a disponibilidade de medicamentos.[41] Nos relatórios havia também a descrição da situação financeira da Colônia, das condições do espaço físico, acompanhadas das demandas e da apresentação das verbas necessárias as melhorias.

Sabe-se que os relatórios administrativos tinham um caráter mais pragmático e cumpriam uma função protocolar, com registros e dados estatísticos, por vezes repetitivos e equivocados. Os próprios diretores do serviço de lepra do estado, por vezes ressaltavam as carências de informações destes relatórios. No entanto tais documentos nos fornecem pistas, caminhos de interpretação, que aliados a outras fontes nos ajudam a compor o cenário deste espaço asilar e das histórias vividas em seu interior.

Examinando a forma como o relatório era organizado percebemos que o documento era composto por seções específicas. Nas primeiras páginas, geralmente o relatório apresentava dados sobre a comunidade da Colônia com informações sobre número de internos, cor, idade, gênero e origem. Em seguida havia espaços reservados para apresentar dados sobre o setor de enfermagem, com listagem de medicamentos utilizados, exames realizados e informações do serviço odontológico oferecidos aos pacientes. Numa outra parte do relatório, que nos interessa mais particularmente, havia informações acerca da alimentação dos internos e a partir deste tópico, descrições relativas aos resultados das atividades agrícolas e da pecuária realizada na Colônia de Itanhenga.

Na seção relativa a produção agrícola e a pecuária, boa parte dos relatórios examinados, traziam separadamente os números resultantes das atividades praticadas pelos doentes (situados na chamada zona doente) e pelos demais funcionários da Colônia (situadas

[40] Os relatórios administrativos formam acessados na Colônia de Itanhenga através da pesquisa "Inventário e organização da Colônia de leprosos Itanhenga no Espírito Santo", realizada junto ao Laboratório de História Poder e Linguagens, no PPGHIS/UFES, e visa a composição de um banco de dados permitindo a pesquisa em ambiente virtual.
[41] No presente texto analisamos alguns dados dos relatórios, mas cabe ressaltar que ainda não tivemos acesso a todos os relatórios produzidos.

na chamada zona sadia), contabilizando o desempenho das atividades em cada setor.[42] Os relatórios destacam entre os gêneros produzidos na Colônia de Itanhenga, uma diversidade de produtos agrícolas, (batata, milho, feijão, hortaliças, banana, coco, e outras frutas), além de criação bovina, suína e de aves. Junto a essa descrição detalhada dos gêneros alimentícios aparecem os números resultantes da colheita e da criação, que num primeiro momento, sugerem ao leitor a existência de um volume significativo das atividades produtivas na Colônia.

Para uma noção melhor dos dados referentes a produção dos gêneros alimentícios na Colônia, elaboramos uma breve sistematização dos dados a partir de três dos relatórios por nós examinados: são análises realizadas a partir dos números referentes a produção da agricultura e da pecuária presente nos relatórios administrativos dos anos de 1954, 1955 e 1956. Vejamos:

Tabela 1: Produção agrícola da Colônia de Itanhenga

Colônia de Itanhenga Relatório de 1954 (31 de dez 1954)	
477 doentes internados	
Zona Doente	
Produção	Quantidade
Arroz	3.000 kg
Coco	5.000 unidades
Milho	11.220 kg
Ovos	1.147 dúzias
Porcos abatidos	54 cabeças

Fonte: Relatórios da administração da Colônia de Itanhenga, 1954

Tabela 2: Produção da Colônia de Itanhenga

Colônia de Itanhenga Relatório de 1955 (31 de dez 1956)	
411 doentes internados (janeiro)	
Zona Doente	
Produção	Quantidade
Arroz	3.300 kg
Feijão	Sem dados
Coco	5.000 unidades

[42] Segundo informações recolhidas nos relatórios, as atividades rurais também eram divididas entre “zona sadia” e “zona doente”, seguindo a estrutura arquitetônica da Colônia de Itanhenga, construída nos moldes das orientações arquitetônicas do leprosário de Carville em Louisiana, (EUA) que preconizava a divisão do leprosário em três zonas em três zonas, sadia, intermediária e doente. O objetivo da adoção desse modelo era garantir a integridade das pessoas sadias que prestavam serviços aos doentes na Colônia. Dessa maneira era comum o uso dos termos sadio e doente pra se referir as diferentes áreas da Colônia.

Milho	12.000 kg
Ovos	1.200 dúzias*
Porcos abatidos	70 cabeças
*Suspeitamos que houve um erro de grafia, talvez fosse unidades e não dúzias.	

Fonte: Relatório da administração da Colônia e Itanhenga, 1955

Tabela 3: Produção da Colônia de Itanhenga 1956

Colônia de Itanhenga Relatório de 1956 (31 de dez 1956)	
411 doentes internados (janeiro)	
Zona Doente	
Produção	Quantidade
Arroz	2.700 kg
Feijão	40 kg
Coco	2.500 unidades
Milho	8.700 kg
Ovos	617 dúzias
Porcos abatidos	2.340 kg

Fonte: Relatório da administração da Colônia e Itanhenga, 1956

Os dados presentes nas tabelas sugerem que a produção na Colônia não foi pequena, e não limitou-se apenas ao consumo, sobretudo se consideramos que os números aqui apresentados correspondem apenas a produção da chamada “zona doente”. Além dos números da produção agrícola da “zona doente”, os relatórios apresentam o quantitativo da produção do setor sadio, provavelmente fruto da produção dos filhos de leprosos que viviam no Educandário Alzira Bley. Segundo os relatórios, os números correspondentes à produção de gêneros alimentícios da zona sadia era equivalente aos números apresentados nas tabelas acima.[43]

O quantitativo de gêneros alimentícios bem como sua diversidade, nos parecem o bastante, ainda que se considere a quantidade de pessoas que ali se alimentavam; os internos do hospital, os médicos, os enfermeiros, as crianças e os jovens do Preventório Alzira Bley, e demais funcionários. Os diretores confirmam através dos relatórios a diversidade de alimentos produzidos e a quantidade de alimentos recolhida. É comum encontrar nos relatórios referências sobre a fartura da alimentação, a exemplo da declaração do diretor Pedro Silva

[43] O preventório Alzira Bley funcionava próxima da Colônia de Itanhenga e abrigava os filhos de pacientes que chegavam na Colônia. O preventório começou a ser construído em 1935, com recursos do estado e com o apoio da Sociedade Eunice Weaver do Espirito Santo. Os recém-nascidos dos pacientes internados na Colônia eram afastados dos pais e encaminhados ao preventório. Os jovens que chegvam eram encaminhados para o trabalho agrícola compondo os números apresentados nos relativos a produção da “zona sadia”

Neto, em relatório de 1956, que afirmou ser "bem promissora", a produção agrícola dos doentes, naquele ano.[44]

Tais constatações nos levam a questionar sobre a possibilidade de um excedente de produtos alimentícios e sobre um possível destino destes alimentos. Talvez fossem comercializados, mas nesse caso quem seria a clientela para os produtos oriundos da Colônia de Itanhenga. Diante dos estigmas enfrentados pelos doentes, seria fácil comercializar os produtos agrícolas e a criação procedente da Colônia?

Novamente, as palavras do diretor Pedro Silva Neto, nos oferecem pistas quanto ao destino dado ao excedente dos gêneros alimentícios produzidos naquela colônia Segundo o diretor:

> (...) a agricultura tem sido bem eficaz, apesar do ser o trabalho dos doentes, um incentivo apenas e um lenitivo para amenizar os sofrimentos morais produzidos pela doença. A produção dos doentes é adquirida pela administração da Colônia a fim de estimular seu trabalho.[45]

As informações sobre a produção de alimentos na Colônia, a quantidade de alimentos consumidos, o possível excedente da produção e o destino dado a ela, são questões que ainda carecem de respostas precisas. Os relatórios precisam ser analisados em conjunto com outras fontes documentais, pois é a partir do confronto dos dados que será possível informações mais precisas.

Outra questão que também carece de investigação, enquanto não esgotamos a pesquisa com os documentos, é quanto à forma como foram obtidos os números que indicam a quantidade de produção da colônia agrícola. É possível que os indicativos fossem relativamente precisos, demonstrando a realidade das atividades agropecuárias. No entanto, também é possível que houvesse a intenção de demonstrar a eficiência do trabalho rural na Colônia, sobrestimando os dados relativos a quantidade de gêneros agrícolas colhidos. Como já mencionamos, os relatórios tinham uma função pragmática, por vezes querendo sugerir a eficiência dos agentes diante das políticas de combate a lepra.

Estas e outras questões são merecedoras de uma investigação ampla, a fim de obter dados mais fidedignos da realidade das atividades agrícolas da Colônia. No entanto é

[44] NETO, Pedro Silva. *Relatório da administração da Colônia de Itanhenga*, 1956. Pesquisa realizada na Colônia de Itanhenga em 2017, para o projeto "Inventário e organização da Colônia de leprosos Itanhenga no Espírito Santo".
[45] NETO, Pedro Silva. Relatório da administração da Colônia de Itanhenga, 1956.

importante destacar que o trabalho rural se tornou de fato um elemento importante na vida dos internos, como dissemos, acostumados com o trabalho da lavoura e com a criação de animais. Certamente o emprego dos internos nestas atividades colaborou para a diminuição das insatisfações destes doentes, "aprisionados" por conta de uma doença que nem sempre os deixavam incapazes para o trabalho. A possibilidade de exercer uma função, de ser ativo, certamente foi importante para a retomada da autoestima, dos laços sociais e das melhorias das condições de vida dos internos. Segundo Souza-Araújo, em sua publicação na obra "Memórias do Instituto Oswaldo Cruz", os internos da Colônia de Itanhenga que trabalhavam na agricultura recebiam um pagamento pelos serviços prestados no campo, uma diária "para custear pequenas despesas ou para remeter as suas famílias".[46]

Até então não verificamos a dinâmica destes possíveis pagamentos de diárias aos trabalhadores agrícolas na Colônia, nem mesmo delinear as formas destas relações de trabalho, ou mesmo a constância destes pagamentos. O que se pode verificar é que de fato, a chance de estar no campo significa muito para os internos, trazia a eles a sensação de liberdade, de independência. Em uma das entrevistas que realizamos com um dos internos que ainda vivem na Colônia, tivemos a oportunidade de ouvir declarações que revelava-nos a satisfação de trabalhar com a agricultura e poder andar pela roça. Sobre sua rotina de trabalho, ele nos contou com alegria, (...) "eu mais andava no mato trabalhando (...) andava muito".[47]

5. Considerações finais

Como se pode verificar, a vida cotidiana de um leprosário longe estava de se caracterizar unicamente pelo isolamento de seus pacientes confinados. A triste realidade do estigma a que estavam circunscritos os doentes ali "depositados", tomavam no cotidiano de suas vivências, uma realidade muito distante a qual se podia inicialmente perceber. Ao serem internados nessas instituições asilares suas vidas tomavam uma dinâmica muito diferenciada a que estavam acostumados, mas nem por isso engessada.

Gradativamente ao se estabelecer uma prática de isolamento compulsório dos doentes de lepra, cujo objetivo como vimos era muito mais para proteger os sãos do que propriamente curar os doentes, foi se estabelecendo pelo Estado uma política que buscava garantir aos

[46] SOUZA-ARAUJO, Heraclides Cesar de. A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia: a "Colônia de Itanhenga" Leprosário modelo. *Memórias do Instituo Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 551-605, 1937. p.597.
[47] Entrevista n°3 com o Sr. Josué, realizada em 01/03/2016. Trocamos os nomes dos entrevistados visando manter os internos no anonimato.

internos dessas instituições asilares a possibilidade de inserção no mundo do trabalho, mesmo que fosse restrita ao universo a que estavam adstritos.

Tal política não objetivava unicamente contribuir para a autossuficiência das colônias, mas sobretudo, oferecer aos internos uma possibilidade de minorar o sofrimento da internação compulsória, buscando a reinvenção do sentido de suas vidas. Sendo assim, a realidade vivida com a internação compulsória, que era da exclusão, do afastamento e isolamento, não levou os doentes ali internados a desistirem de lutar pela vida, ao contrário, boa parte deles acabavam descobrindo outras formas de sociabilidade e de trabalho na realidade a que eram submetidos, o que possibilitava a superação das adversidades. Tudo isso, nos faz pensar que essas colônias para além de isolar, podiam sim ser também o local de acolhimento e de recomeço de uma nova vida, com outras formas de sociabilidade e de trabalho.